

PLFSS 2027, AVECsanté défend un cap : investir durablement dans les équipes, la coordination et la continuité des soins, plutôt que multiplier les réponses ponctuelles ou fragmentées

AVECsanté a pris connaissance du PLFSS 2027. Trois articles consacrés aux soins primaires retiennent particulièrement notre attention : l'article 21, « Renforcer l'accès aux soins : déployer une mission de solidarité territoriale pour les médecins en soutien du réseau France Santé » ; l'article 22, consacré au passage dans le droit commun de SEC-Pa et PEPS ; et l'article 23, « Permettre la prise en charge des actes d'assistance à la téléconsultation pour les infirmiers salariés intervenant au domicile des patients ».

Nous saluons une avancée : le principe du passage dans le droit commun de SEC-Pa pour les maisons et centres de santé et de PEPS pour les centres de santé. Mais les modalités retenues pour l'article 22, comme les orientations des articles 21 et 23, appellent de notre part plusieurs réserves.

Derrière ces trois articles se pose une même question : quel modèle de soins primaires voulons-nous financer ?

SECPA et PEPS : oui à l'innovation en soins primaires (article 22)

Le passage dans le droit commun de SECPA pour les maisons et centres de santé et de PEPS pour les centres de santé constitue une avancée attendue.

Face au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques, aux inégalités de santé et aux difficultés d'accès aux soins, nous avons besoin de nouveaux modèles d'organisation et de financement. Des modèles qui permettent aux professionnels de travailler davantage en équipe, de développer la prévention et la coordination, d'accompagner les personnes dans la durée et de les rendre pleinement actrices de leur santé.

Pour SECPA, le PLFSS pose un cadre. L'essentiel reste maintenant à construire.

L'étude d'impact de la mesure prévoit une enveloppe de 10 millions d'euros par an pour les 27 structures issues de l'expérimentation, soit environ 370 000 euros par structure en moyenne, sous forme de dotations forfaitaires. Si ces dispositions sont adoptées, des choix déterminants resteront néanmoins à préciser dans les textes d'application, notamment les modalités du financement, le cahier des charges et les conditions de labellisation.

L'enjeu est clair : préserver l'ambition d'un modèle qui a fait la preuve de son intérêt pour répondre aux besoins des populations les plus vulnérables, tout en lui donnant une perspective au-delà de l'expérimentation.

Après plusieurs mois de travaux avec la DGOS, la DSS et l'Assurance Maladie, AVECsanté s'interroge sur la manière dont la concertation engagée avec les équipes et leurs représentants se traduit dans le projet de loi.

Une concertation ne peut pas s'arrêter au moment où les décisions se prennent. Alors que des choix essentiels restent à faire, les acteurs concernés doivent être pleinement associés aux arbitrages à venir et à la préparation des textes d'application.

Accès aux soins : sortons des vieilles recettes (article 21)

Le PLFSS crée une mission de solidarité territoriale à l'article 21 permettant à des médecins d'intervenir dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante. Le principe peut répondre à des besoins réels. Mais son efficacité dépendra de la manière dont cette solidarité sera organisée.

Le texte prévoit une indemnisation des médecins participant à ces missions et, dans certaines situations, des structures qui les accueillent. **Plutôt que d'organiser une succession d'interventions médicales ponctuelles, appuyons-nous sur les équipes déjà implantées dans les territoires.**

Les maisons de santé peuvent jouer ce rôle de têtes de pont : accueillir et organiser l'intervention de professionnels venant en renfort, mais aussi organiser la participation de leurs propres professionnels à la solidarité avec des territoires de proximité moins dotés, par exemple par la téléconsultation ou des déplacements ponctuels.

L'enjeu est de ne pas juxtaposer des interventions, mais de les inscrire dans une organisation territoriale, en s'appuyant sur des équipes qui connaissent les besoins de la population et peuvent assurer la continuité des parcours.

C'est aussi cela, sortir des vieilles recettes : ne plus seulement inciter individuellement des professionnels à se déplacer, mais donner aux équipes les moyens d'organiser collectivement la solidarité entre territoires.

Dans un contexte budgétaire contraint, chaque euro compte. **La solidarité territoriale doit renforcer durablement les équipes et les territoires, pas seulement multiplier les actes et les interventions ponctuelles.**

Téléconsultation : jusqu'à 1,26 million d'euros pour financer la fragmentation des parcours ? (article 23)

L'article 23 ouvre le financement **de l'assistance à la téléconsultation au domicile par des infirmiers salariés de sociétés de téléconsultation.**

La téléconsultation peut améliorer l'accès aux soins, notamment lorsqu'elle est organisée au plus près des patients et intégrée à leur parcours.

Les MSP ont toute leur place dans son développement : elles disposent des professionnels, de la connaissance des patients et de l'ancrage territorial nécessaires pour l'inscrire dans une prise en charge coordonnée.

L'ouverture du financement de l'assistance à la téléconsultation au domicile à des infirmiers salariés de sociétés de téléconsultation pose donc une question simple : **quel modèle de soins primaires voulons-nous financer ?**

Le risque est celui d'une fragmentation accrue des parcours et d'une financiarisation de la santé, en favorisant le développement de prestations déconnectées des équipes qui accompagnent les personnes au quotidien.

Et ce choix a un coût. L'étude d'impact estime la dépense supplémentaire pour l'Assurance maladie à **648 000 euros par an dans un scénario de déploiement modéré, et jusqu'à 1,26 million d'euros par an dans un scénario renforcé.**

Dans le contexte budgétaire actuel, consacrer jusqu'à 1,26 million d'euros supplémentaires par an au développement de prestations portées par des sociétés de téléconsultation interroge sur nos priorités : ces financements pourraient aussi renforcer les équipes déjà implantées dans les territoires, qui assurent la continuité et la coordination des soins.

AVECsanté défend un autre modèle : une téléconsultation intégrée aux équipes, aux territoires et aux parcours, qui renforce les soins primaires plutôt qu'elle ne les contourne.

MSP : il manque toujours la voix des équipes

Une contradiction demeure : alors que les pouvoirs publics reconnaissent de plus en plus la nécessité de travailler en équipe, les MSP ne disposent toujours pas d'un cadre national de négociation qui leur soit propre.

Les organisations représentatives des professions de santé ont vocation à défendre les professionnels qu'elles représentent. Mais représenter une profession ne suffit pas à représenter une équipe pluriprofessionnelle.

AVECsanté demande la création d'une convention spécifique aux MSP, permettant aux organisations représentatives de ces structures de négocier directement avec l'Assurance Maladie.

Notre système de santé n'a pas seulement besoin de professionnels supplémentaires. Il a besoin de professionnels qui puissent travailler ensemble. Le PLFSS doit donner aux équipes les moyens de le faire.